

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962

516

T H E S E

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

DECRESSAC Bernard

né le 17 Juillet 1935 à ANGOULEME (Charente)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS D'UN CAS DE CANCER

DE L'OESOPHAGE

D'ORIGINE THYMIQUE

Président : M. Charles DEBRAY, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962

N°

T H E S E

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

DECRESSAC Bernard

né le 17 Juillet 1935 à ANGOULEME (Charente)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS D'UN CAS DE CANCER

DE L'OESOPHAGE

D'ORIGINE THYMIQUE

Président : M. Charles DEBRAY, Professeur



1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.)

DOYEN

Léon BINET, Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR

Jean VERNE

2e ASSESSEUR

Gaston CORDIER

I.- PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie

DELMAS (A.)

Anatomie pathologique

DELARUE (J.)

Anesthésiologie

BAUMANN (J.)

Biochimie médicale

(JAYLE (M.-F.)

(SCHAPIRA (G.)

Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports CHAILLEY-BERT (P.)

Biologie médicale

FAUVERT (R.)

Cancérologie médicale et sociale

BERNARD (J.)

Embryologie

GIROUD (A.)

Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière) N...

Histologie

VERNE (J.)

Hygiène et médecine préventive

JOANNON (P.)

Médecine du Travail

DESOILLE (H.)

Médecine légale

PIEDELIEVRE (R.)

Microbiologie (Bactériologie et virologie)

FASQUELLE (R.)

Parasitologie

GALLIARD (H.)

Pathologie chirurgicale

HUGUIER (J.)

Pathologie exotique

LAVIER (G.)

Pathologie expérimentale et comparée

MERKLEN (F.-P.)

Pathologie médicale

MILLIEZ (P.)

Pathologie respiratoire

TURIAF (J.)

Pathologie et thérapeutique générales

BOUDIN (G.)

Pharmacologie

CHEYMOL (J.)

Physiologie

(BINET (L.)

(BARGETON (D.)

Physiologie et pathologie obstétricale

LEPAGE (F.)

Physique médicale

(DOGNON (A.)

(DJOURNO (A.)

Radiologie médicale

DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale

N...

Thérapeutique

CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale

Biologie médicale

Embryologie

Hygiène et médecine préventive

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

Pharmacologie

Physiologie

Physique médicale

(DESGREZ (P.)

(POLONOVSKI (J.)

BOURLIERE (F.)

TUCHMANN (H.)

DEPARIS (M.)

BRUMPT (L.-C.)

LAURENCE (G.)

LEVY (Mlle J.)

PARROT (J.)

KELLERSHONHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)

Clinique cardiologique (Broussais)

Cliniques chirurgicales (Beaujon

(Cochin

(Hôtel-Dieu

(Pitié

(Saint-Antoine

(Salpêtrière

(Tenon

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique

(Enfants Malades)

Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice

(Cochin)

Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)

Clinique endocrinologique (Pitié)

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)

Clinique gynécologique (Broca)

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) DEGOS (R.)

Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) CATHALA (J.)

Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) MOLLARET (P.)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) DELAY (J.)

Clinique des maladies métaboliques (Necker) HAMBURGER (J.)

Clinique des maladies du sang (Broussais) MARCHAL (G.)

Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales (Boucicaut

(Broussais

(Cochin

(Cochin

(Hôtel-Dieu

(Lariboisière

(Pitié

(Saint-Antoine

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)

Clinique médicale propédeutique (Broussais)

Clinique médico(sociale du diabète et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)

MM.

REDON (H.)

MOUQUIN (M.)

LORTAT-JACOB (J.-L.)

LEGER (L.)

PATEL (J.)

CORDIER (G.)

GOSSET (J.)

SICARD (A.)

OLIVIER (Cl.)

FEVRE (M.)

MERLE d'AUBIGNE (R.)

GAUDART d'ALLAINES (F. de)

MATHEY (J.)

DECOURT (J.)

LAMY (M.)

FUNCK-BRENTANO (P.)

CATHALA (J.)

MOLLARET (P.)

DELAY (J.)

HAMBURGER (J.)

MARCHAL (G.)

CASTAIGNE (P.)

LENEGRE (J.)

SOULIE (P.)

JUSTIN-BESANÇON (L.)

BROUET (G.)

BARIETY (M.)

SEZE (S. de)

DREYFUS (G.)

KOURILSKY (R.)

DEBRAY (C.)

GENNES (L. de)

DEROT (M.)

Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque (Foch (Suresnes)	LACOMME (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	LELONG (M.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	MARIE (J.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	ROUX (M.)
Clinique toxicologique	LEMAIRE (A.)
Clinique traumatologique	GAULTIER (M.)
Séméiologie médicale	PADOVANI (P.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	DOMART (A.)
Clinique urologique (Necker)	POILLEUX (F.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine

BOUR (H.)
LHERMITTE (F.)
PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (GILLOT (C.) (OLIVIER (G.)		(GONNARD (P.) (KRUEH (J.) (JEROME (H.)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (P.) (Melle pr.s.ch. (ABELANET (R.) (BUSSE (F.) (CHOMETTE (G.) (GOUYGOU (Ch.) m.conf. (NEZELOFF (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)	Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports Carcinologie Dermato-Syphiligraphie Electro-Radiologie Hématologie	PLAS (F.) (BOIRON (M.) (DENOIX (P.) (MATHE (G.) (SELIGMANN (M.) (CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.) (LEDOUX-LEBARD (G.) (BESSIS (M.)
Anesthésiologie	(KERN (E.) (VOURC'H (G.)		(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.)
Bactériologie	(BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) (LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.)	Histologie	(DUHAMEL (G.) (COUJARD (R.) pr.s.ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)
Biochimie médicale	(BAULIEU Et.m.conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.) (DREYFUS (J.-Cl.)	Hydrologie	(BESANCON (F.) (CORNET (A.)

V

Physique médicale	(CHANTEUR (J.) (COUGEROT (L.)), m. (conf. pr. s. ch. (GREMY (F.)) m. conf. (MILHAUD (G.) (PELLERIN (P.) (ROUCAYROL (J. - Cl) (TUBIANA (M.)) m. conf.	Psychiatrie infantile	(DENIKER (P.) (DUCHE (D.) (FLAVIGNY (H.) (LAPRESLE (J.) DELBARRE (F.) (CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.)) m. c. agr. (GRELLET (M.) (CHASSAGNE (P.) (LAMOTTE (M.) (MARCHE (J.) (AUVERT (J.) (MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)
Pneumo phtisiologie	(KREIS (B.) (MEYER (A.) (RENAULT (P.)	Rhumatologie Stomatologie Thérapeutique	
Psychiatrie	PICHOT (P.)	Urologie	

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique	(DESVIGNES (P.)
Clinique	(ABOULKER (P.)	ophtalmologique	(OFFRET (G.)
chirurgicale	(AMELINE (A.)) pr. s. ch. (VERNE (J. - M.)	Clinique oto-rhino- laryngologique	MADURO (R.)
Clinique médicale	(PERRAULT (M.) (RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique	(GRASSET (J.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
obstétricale	(MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE (BOLTANSKI (E.)
(LAUNAY (C.))

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	(M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	(Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), (Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), (QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Epouse,

qui a partagé mes joies et mes peines.

A mon père,

qui m'a montré le chemin de l'honneur,
du travail et de l'amour humain.

A ma mère,

avec toute affection filiale.

A mon grand-père,

avec mon affectueuse reconnaissance.

A mon fils,

A ma famille,

A mes amis.

A Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Professeur de clinique Médicale
d'Hydro-Climatologie thérapeutique,

qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette Thèse.

Hommage respectueux.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur Roger VIGUIE

Médecin du centre hospitalier d'Argenteuil,

qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse, au cours de mon externat
dans son service.

En témoignage de ma vive reconnais-
sance et de profond attachement.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

A Poitiers :

Monsieur le docteur GUILLAUD-VALLEE,
Monsieur le docteur BEAUCHAMPS,

A Paris, au cours de mon Externat :

Monsieur le docteur J.B. BOUVIER
Monsieur le docteur Roger VIGUIE,

INTRODUCTION

La découverte d'un cancer de l'œsophage chez la femme est déjà un fait intéressant. La découverte de son origine thymique l'est certainement plus encore.

A propos d'une observation, de cette localisation, nous ferons une étude des tumeurs thymiques et un bref rappel des cancers de l'œsophage chez la femme, en raison de leurs raretés.

OBSERVATION

Madame M... Marie, âgée de 70 ans, entre dans le service le 17 Avril 1961 pour :

- une atteinte importante de l'état général,
- s'accompagnant de dysphagie,
- et de névralgies intercostales.

Cette dysphagie s'est installée progressivement depuis le mois de Juillet 1960 environ. La malade ressent alors une gêne discrète, un léger accrochage au passage du pain et des viandes d'abord, puis peu à peu de tous les aliments solides. Cette gêne cède en général à une gorgée d'eau. Il existe même des périodes tout à fait silencieuses où l'alimentation est normale.

Elle note cependant - de la fatigue,
- un léger amaigrissement.

Petit à petit, ses troubles s'accroissent, se répètent et se rapprochent plus nettement. A partir du mois de Février 1961, la dysphagie est quasi-permanente : toute alimentation solide devient impossible. Les quelques bouchées qui parviennent dans l'estomac, sont rapidement restituées, à peine digérées. Seule l'ingestion de liquide reste encore facile.

Nous n'avons d'ailleurs pas pu extirper de sa mémoire - même par un interrogatoire poussé - la notion de minimes accès antérieurs de dysphagie qui, sans l'inquiéter, aurait pu retenir son attention.

L'affaiblissement et l'amaigrissement de la malade s'accroissent rapidement au point de l'alarmer sérieusement et d'aller consulter son médecin. Celui-ci institue une alimentation uniquement liquide, prescrit divers spasmolytiques, demande un examen radiologique de l'œsophage et un transit gastro-duodéal.

Il nous a été donné de voir ces premiers clichés :

a) Radio de l'œsophage (11 Mars 1961).

On remarque d'emblée deux zones de strictions :

- l'une à l'union du 1/3 moyen - 1/3 inférieur de l'œsophage, longue de 2 à 3 cm.
- l'autre, quelques cm au-dessus du cardia.

L'aspect du premier rétrécissement est variable suivant les clichés :

- de face, la lumière paraît à peu près médiane, les deux bords sont irréguliers. Sur la droite, existe une zone de tonalité mœcageuse. L'œsophage sus et sous jacent est normal si ce n'est quelques irrégularités des bords, en aval de la lésion, sur 3 cm.
- en O.A.G., l'aspect est très différent car il apparaît nettement une image d'addition faisant penser à une niche.

Enfin le deuxième rétrécissement a l'aspect d'un défilé étroit et sinueux à bords nets, avec persistance des plis. Il semble qu'il existe, à ce niveau, une compression extrinsèque refoulant l'œsophage vers la droite.

b) Radiographies gastro-duodénales (11 Mars 1961).

L'estomac est allongé, le bas-fond atteignant la fosse iliaque. Pas d'anomalies des parois. Le bulbe est normalement imprégné.

EN RESUME : c'est - pour cet aspect radiologique,
- pour l'atteinte marquée de l'état général,
- pour l'apparition, enfin, depuis une
semaine de douleurs intercostales,
que cette malade est hospitalisée dans le service.

L'étude des antécédants ne révèle rien de particulier :
- asthme depuis l'enfance avec notion de maladie familiale,
- fréquence relative de "pharyngites" et de "laryngites" depuis
deux ou trois ans.

- aucun passé digestif notable et en particulier pas d'ingestion
accidentelle de produits toxiques.

- aucune intervention chirurgicale antérieure.

AU TOTAL, dysphagie progressivement croissante, re-
montant au mois de Juillet 1960, amaigrissement et atteinte de
l'état général, névralgies intercostales, le tout évoquant la possi-
bilité d'un cancer de l'œsophage.

L'EXAMEN CLINIQUE n'apporte aucun renseignement
précis supplémentaire. On note :

- une température normale,
- l'impossibilité de toute alimentation solide,
- un passage des liquides satisfaisant n'entraînant ni douleurs,
ni régurgitations,

- il existe une hypersialorrhée importante,
- le transit intestinal est normal.

- à la palpation, l'abdomen est tendu, difficile à déprimer ; la
région épigastrique est sensible. Il n'existe ni hépatomégalie ni
splénomégalie. Il n'y a pas de ganglion sus-claviculaire gauche

mais une adénopathie cervicale gauche isolée.

Le toucher rectal et vaginal sont normaux.

b) L'auscultation cardiaque montre :

- une tachycardie sinusale à 110,
- aucune anomalie des bruits,
- T.A. à 10-5.

c) L'appareil respiratoire est normal.

d) L'examen du système nerveux ne retrouve que des signes subjectifs : douleurs intercostales - en ceinture,

- intenses et continues,
- thoraciques hautes.

Les réflexes sont normaux et symétriques.

La force musculaire est satisfaisante, en rapport avec l'état de la malade.

e) On note encore, au-cours d'une ponction veineuse, un signe du lacet positif.

DES EXAMENS PARACLINIQUES ont été pratiqués :

- R.P. : Sclérose diffuse avec petites images fibro-cicatricielles. Léger élargissement du hile droit. Aucune masse tumorale, médiastinale ou parenchymateuse, n'est décelable.

- N.G. - F.S. : G.R. = 4.040.000

G.B. = 14.000 avec une formule leucocytaire normale : 75 % de polynucléaires neutrophiles

- V.S. : 50 mm à la première heure

 : 90 mm à la deuxième heure

 : 128 mm à la vingt-quatrième heure.

- Glycémie = 1,19 g.
- Urée = 0,25 g.
- Protides totaux = 70 g.

- Les radiographies de l'œsophage faites dans le service le 21 Avril 1961 montrent (docteur Jacques Auclair) une importante modification des lésions. Elles sont beaucoup plus importantes, atteignant maintenant 8 à 9 cm au niveau de la première striction. La lumière œsophagienne est devenue très étroite, les bords sont très irréguliers. La niche, que l'on avait soupçonnée sur la précédente série, est tout à fait visible - soit de face, comme une image arrondie, cerclée d'œdème, - soit de profil, en plateau, ne dépassant pas les limites virtuelles de l'œsophage.

Le rétrécissement inférieur n'est que peu visible sur cette série, remplacé par une image marécageuse et irrégulière.

Nous faisons suivre cet examen radiologique, très édifiant, par une œsophagoscopie (15 Mai 1961 - Docteur Collin). En voici le compte-rendu :

"A 32 cm des arcades dentaires, masse bourgeonnante implantée sur la moitié postérieure de la lumière œsophagienne". Un prélèvement biopsique est fait, qui malheureusement, fût fait en tissu sain.

Nous avons alors demandé, quelques jours plus tard (26 Mai 1961), un examen radiocinématographique (Docteur Cherigié) :

Nous retrouvons un aspect à peu près identique aux clichés vus précédemment : un double rétrécissement situé au niveau du 1/3 moyen - 1/3 inférieur de l'œsophage.

L'œsophage sus-jacent est d'aspect normal, non dilaté.

Le premier défilé est constant : la lumière est rétrécie, un peu excentrée. De chaque côté, l'aspect est irrégulier, marécageux avec, à certain passage, un accrochage baryté : on retrouve là l'image d'ulcération que nous connaissions. L'onde de contraction ne passe pas : il existe une rigidité très nette.

Au-dessous, l'œsophage est normal mais dyskinétique, luttant contre l'exiguité du :

Deuxième défilé : celui-ci ne ressemble pas du tout au précédent. Il est effilé, tortueux, coudé à deux reprises, évoquant là encore la possibilité d'une compression extrinsèque. Mais les plis sont conservés, l'onde de contraction passe : œsophage normal.

Il faut signaler que le Docteur Cherigié, surpris par l'étendue des lésions et les déformations très importantes constatées, désirait compléter cet examen par un nouveau radiocinéma après calcium-atropine. Nous n'en avons pas eu le temps.

EVOLUTION

Nous instituons un traitement symptomatique à base :

- de spasmolytiques associés
- à des antibiotiques,
- des perfusions et des sédatifs généraux.

Mais l'état de la malade s'aggrave de plus en plus rapidement : l'asthénie s'accentue,

la dysphagie est complète pour les solides, presque totale, maintenant pour les liquides,

entraînant un état de dénutrition et de cachexie qui est aggravé par la réapparition des vomissements.

La numération formule sanguine montre : G.R. = 3.700.000

G.B. = 24.000 dont 91 %

de polynucléaires neutrophiles.

L'urée est à 0,50 g.

L'étendue des lésions, l'état général de la malade ne permettent d'envisager aucune thérapeutique active, chirurgicale ou radiothérapique.

L'évolution est d'ailleurs très rapide et la malade meurt le 3 Juin 1961, un mois et demi après son admission dans le service et à peine un an après le début des premiers troubles connus.

L'AUTOPSIE est aussitôt faite, non tellement pour étayer le diagnostic de cancer de l'œsophage, (qui pour nous était certain et que nous jugions primitif malgré sa rareté bien connue chez le sexe féminin) mais surtout pour confirmer soit son aspect primitif soit son origine secondaire. Il faut dire ici combien fût grand notre étonnement et vif notre intérêt à la lecture (surtout pour l'histologie) du compte-rendu que voici :

a) Vérification anatomique :

- Au niveau du thorax :

- Cœur : épanchement citrin de la cavité péricardique,
le cœur lui-même est normal.

- Poumons : condensation des deux lobes supérieurs

- Oesophage : étudié depuis la région cervicale supérieure jusqu'au diaphragme ; il est le siège d'une tumeur infiltrante, franchement tumorale, intéressant le 1/3 moyen et le 1/3 inférieur du segment thoracique et comportant deux zones de striction, l'une à la limite du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen, l'autre juxta-cardiale.

- Importantes adénopathies médiastinales.
- Au niveau de l'abdomen :
 - Foie : foyers métastatiques multiples faits de nodules arrondis et blanchâtres
 - Les autres viscères ne présentent pas d'anomalies ; les organes pelviens sont normaux.

b) Etude histologique

- Oesophage : Envahissement des 2/3 supérieurs de la paroi œsophagienne par un épithélioma thymique bien différencié à corpuscules de Hassal
- Les ganglions médiastinaux sont le siège d'importantes métastases de l'épithélioma
- Poumons : alvéolite œdémateuse
- Foie : très importantes métastases du cancer thymique.

c) En conclusion :

Envahissement de l'œsophage par une tumeur maligne d'origine thymique. Un fait important : la localisation primitive, malgré une autopsie normalement conduite, n'a pas été retrouvée.

EN RESUME, nous sommes donc en présence :

- d'un cancer de l'œsophage chez une femme : premier intérêt.
- d'une localisation métastatique vraie d'origine thymique : deuxième intérêt car inconnue jusqu'alors semble-t-il, comme nous le verrons par la suite
- confirmée par un examen histologique dont les stigmates d'origine thymique ne sont pas discutables et donc d'une très grande rareté.

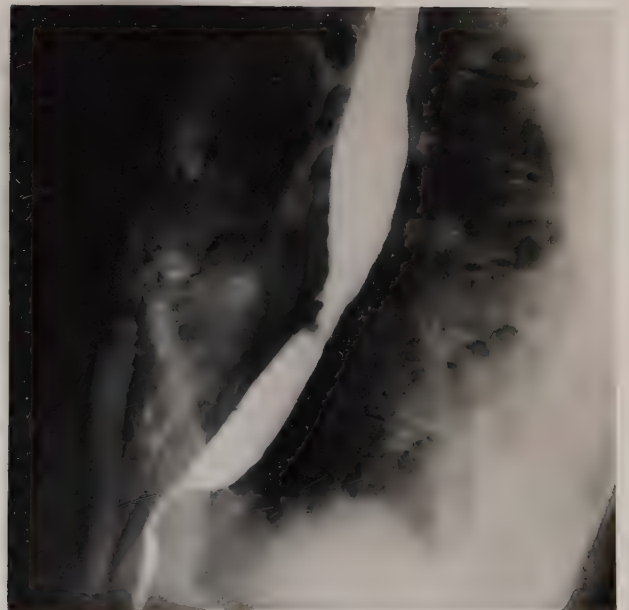
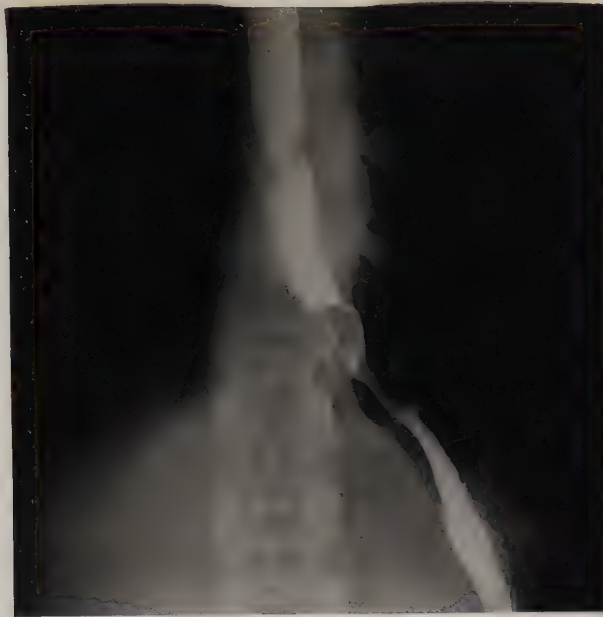


Fig 1. Ier serie radiographique: II MARS 1961.

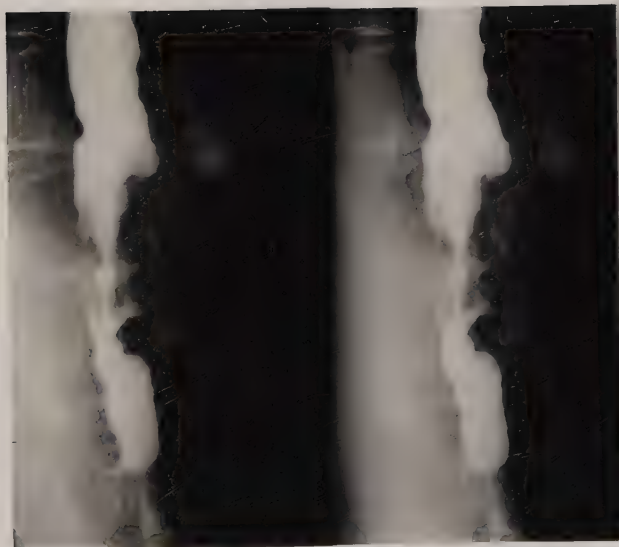
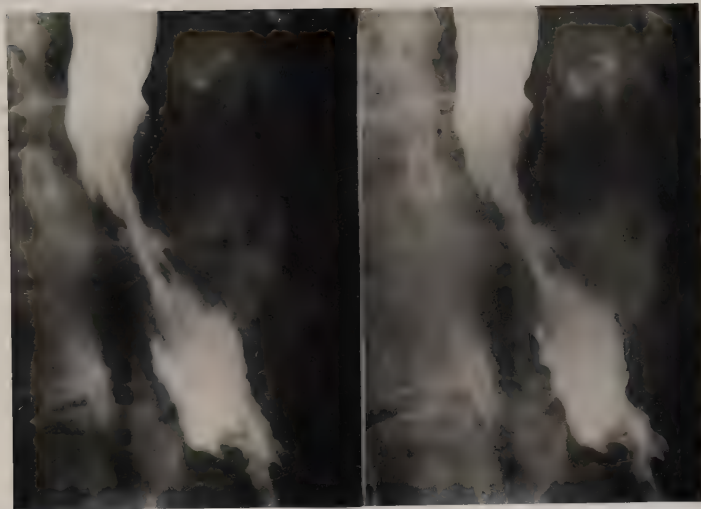


Fig 2.- 2em serie radiographique: 2I AVRIL 1961.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cancer de l'œsophage s'était imposé rapidement, dès le début, devant :

- la présence de la dysphagie,
- l'aspect radiologique évident.

Nous ne reviendrons donc pas sur le diagnostic positif.

Le diagnostic différentiel :

a) L'importance des lésions permet d'éliminer rapidement :

- la compression extrinsèque : au niveau du segment supérieur, elle est infirmée par la radio :

- . aspect irrégulier et marécageux avec encoche,
- . rigidité et arrêt de l'onde de contraction.

Au niveau du segment inférieur, par contre, elle était fort probable. La découverte d'adénopathies tumorales semble le confirmer. L'œsophagoscopie permet, dans ce cas, son élimination.

- Les tumeurs bénignes dont on connaît le caractère bénin ; c'est l'examen radiologique, d'une part, l'examen histologique, d'autre part après biopsie qui l'affirment.

Trois éléments d'après P. Chalnot et J. Grosdidier définissent le syndrome radiologique des tumeurs bénignes :

. déformation de la lumière avec, parfois, impression de corps étranger

- . la souplesse des parois,
- . l'absence d'amputation des plis muqueux.

L'absence de ses trois éléments - surtout par l'apport du radiocinéma - nous ont permis d'éliminer cette éventualité.

b) Un instant a pu être discuté le diagnostic d'ulcère de l'œsophage.

Les signes cliniques en sont très variables, et la dysphagie, on le sait, résume à elle seule sa symptomatologie. Mais, par contre, il existe rarement une double lésion, jamais de lésions aussi importantes tant à la radiologie qu'à l'endoscopie.

c) Nous ne pouvons passer sous silence la maladie de Hodgkin, qui possède une forme œsophagienne primitive ou secondaire ressemblant, endoscopiquement, à l'épithélioma. Elle est plus fréquente chez la femme. L'examen radiologique, l'œsophagoscopie montrent des lésions qui ne diffèrent guère de celles de l'épithélioma. En dehors de l'examen histologique, le diagnostic peut être le plus souvent établi par le contexte clinique. Une de nos coupes illustre cette difficulté : structure pseudo-granulomateuse avec cellules stenbergoides.

Le diagnostic étiologique :

Dans notre observation, l'origine du cancer de l'œsophage nous a été donné par l'histiologie. Nous n'y reviendrons pas non plus. Mais il est intéressant de faire ici un bref rappel des cancers secondaires d'autre origine et des cancers primitifs de l'œsophage chez la femme.

a) Cancers secondaires d'autre origine.

Comme nous le verrons plus loin, - mais toute propor-

tion gardée - ils seraient un peu plus fréquent chez la femme que le cancer primitif. Ils proviennent :

- soit d'organes de voisinage : cancers par propagation, extension.

Ainsi, il peut y avoir une atteinte de l'œsophage à partir d'un épithélioma broncho-tracheal, gastrique, pharyngo-laryngé, ou thymique, d'un sarcome.

- soit d'un organe éloigné : il s'agit là de cancers secondaires métastatiques vrais (les seuls qui nous occupent ici bien entendu).

P. Chene et P. Markovits ont fait une étude récente de ces cancers métastatiques de l'œsophage.

Ces auteurs rappellent, dès le début, la différence essentielle à faire entre cancers par propagation et extension d'une tumeur médiastinale maligne - le plus fréquent - et le cancer métastatique vrai.

Sur 13 cancers secondaires de l'œsophage, trois seulement étaient authentiquement des métastases.

Ils rapportent ensuite 8 observations personnelles de tumeurs métastatiques secondaires. Sept étaient d'origine mammaire, une d'origine rénale.

Ils concluent en montrant que le cancer métastatique de l'œsophage

- survient surtout chez la femme,
- est le plus souvent la métastase d'une tumeur maligne primitive du sein,
- reste longtemps latent (entre 8 et 12 ans dans leurs 8 observations),
- touche surtout le 1/3 moyen de l'œsophage. L'aspect lacunaire serait très rare.

Nous avons, bien entendu, particulièrement recherché dans la littérature la description d'un cas analogue au nôtre quant à l'origine thymique de la métastase : nous n'en n'avons pas trouver un seul. Dans leur article, P. Chéne et P. Markovits citent l'envahissement œsophagien par une énorme tumeur thymique : il ne s'agissait là que d'un cas par propagation.

Nous signalerons, en terminant ce chapitre, que l'on observe parfois des épithéliomas malpighiens étagés , oro-pharyngo-œsophagiens. Il s'agirait là de manifestations cancéreuses successives, sur une muqueuse de même type histologique, de même origine embryonnaire.

b) Cancers primitifs de l'œsophage chez la femme.

Disons le tout de suite, ce fut notre premier diagnostic : l'histoire clinique et les clichés l'imposaient avec toute vraisemblance. Il a retenu notre attention, étant donné son extrême rareté chez la femme.

Nous nous permettrons de faire ici un court rappel des épithéliomas primitifs de l'œsophage étudiés et décrits chez la femme, en prenant pour base la thèse de P. Schlumberger.

L'auteur évoque, dès le début, sa rareté chez la femme et la difficulté de son diagnostic. Son étude porte uniquement sur des tumeurs strictement thoraciques, c'est à dire situées à partir de 18 cm des arcades dentaires jusqu'à 40 cm de celle-ci. Il rapporte 59 cas sur lesquels il n'en conserve que 16, absolument authentiques, en insistant sur l'importance essentielle, indispensable, de l'examen histologique.

Les statistiques portant sur le cancer de l'œsophage

dans les deux sexes, sont très représentatives :

- pour l'institut national d'hygiène, entre 1946 et 1951, on trouve :
 - . 95,4 % de cancers primitifs chez l'homme,
 - . 4,6 % chez la femme.
- pour le docteur Chéne, même rapport :
 - . 93,8 % chez l'homme,
 - . 6,2 % chez la femme.
- les statistiques de l'I.G.R. de 1946 à 1956 confirment ce rapport :
 - . 95 % chez l'homme,
 - . 5 % chez la femme.
- enfin, à l'étranger, l'auteur retrouve à peu près les mêmes proportions :
 - . en Chine : 91,9 % chez l'homme - 8,1 % chez la femme
 - . en Angleterre : 72 % chez l'homme - 28 % chez la femme.

Cliniquement, ce cancer se manifeste surtout entre 50 et 60 ans. Son évolution est rapide, la mort survenant le plus souvent au bout de 1 an. L'aspect clinique est celui de tous cancers œsophagiens. Mais il ressort cependant que, chez la femme, la survie serait plus importante et plus étalée.

Ces tumeurs seraient le plus souvent des épithéliomas spino-cellulaires et les atypies seraient fréquentes.

L'auteur retrouve ces principales caractéristiques au cours de 10 observations personnelles.

Il termine en évoquant une fois encore les difficultés diagnostiques rencontrées pour différencier :

- une tumeur primitive
- d'une tumeur secondaire.

Dans ce cas, l'origine primitive en serait :

- le sein,
- les bronches et les poumons
- la thyroïde.

Là encore, nous n'avons pas relevé l'origine thymique possible d'un cancer de l'œsophage.

DISCUSSION

Nous allons nous efforcer maintenant d'intégrer notre observation dans le cadre des tumeurs d'origine thymique et d'en montrer l'originalité.

Mais auparavant, nous nous permettrons de faire un bref rappel embryologique et anatomique du thymus.

a) Embryologie du thymus

Le thymus est d'origine bronchiale et dérive de l'épithélioma endodermique du récessus ventral de la troisième poche. Les deux ébauches, droite et gauche, se situent, au début, dans la région cervicale, puis croissent progressivement vers le bas, descendant le long du cou pour finir par atteindre leur siège définitif dans le médiastin antérieur.

b) Anatomie du thymus

Situé dans le médiastin antérieur et supérieur, le thymus déborde vers le haut les limites du thorax pour atteindre le cou au niveau de la partie basse de la région sous-hyoidienne. On lui distingue donc deux parties : une, thoracique, bien développée, l'autre cervicale, parfois absente.

Il a la forme d'une pyramide quadrangulaire à base inférieure et est constitué de deux lobes, Sa surface est lisse, semblant constituée de lobules polygonaux. Sa couleur est :

- . rosée chez le fœtus, devenant progressivement
- . rouge-vineuse chez le nouveau-né,
- . blanc-grisâtre chez l'enfant,
- . jaune pâle après la puberté, quand les phénomènes d'involution s'installent.

Aspect microscopique

Chaque lobe est formé de la réunion de nodules séparés par une cloison conjonctive née de la grêle capsule qui entoure l'organe. Chaque lobule comprend deux zones :

- centrale ou médullaire, claire,
- périphérique ou corticale, plus sombre.

Cette dernière est elle-même subdivisée en petites zones par les fines cloisons de Krauss : les follicules thymiques.

a) La corticale est constituée de petites cellules arrondies d'aspect lymphoïde : les thymocytes, constitués surtout d'un volumineux noyau riche en chromatine avec 4 à 6 nucléoles. Par leur grand nombre, elles cachent le réticulum épithélial qui les enferment.

b) La substance médullaire comprend aussi des cellules épithéliales anastomosées entre elles, donnant lieu à un réticulum qui renferme des thymocytes (beaucoup moins nombreux que dans la corticale) et des corpuscules de Hassal caractéristiques (ou corps concentrique d'Egger ou encore globes épidermoïdes de Verneuil).

Ces corpuscules de Hassal sont de grosses formations sphéroïdales disposées en couches concentriques, intriquées entre elles en bulbe d'oignon avec un noyau volumineux, souvent vésiculé; c'est la partie périphérique. La partie centrale est d'aspect inconstant :

. tantôt elle est formée de deux ou trois grosses cellules claires, sphériques ou polyédriques, avec des noyaux volumineux.

. tantôt ces éléments sont l'objet de dégénérescence hyaline et grasseuse, apparaissant sous la forme d'amas amorphe.

. tantôt, enfin, tout le corpuscule est transformé en une cavité kystique contenant des débris cellulaires, de la graisse et du cholestérol.

Enfin, à côté de ces éléments fondamentaux et constants, on rencontre diverses cellules au sujet desquelles l'accord n'est pas fait :

- éléments de la série lymphoïde,

- érythroblastes et myélocytes,

- eosinophiles,

- grands mononucléaires.

c) Physiologie du thymus

Nous ne ferons que citer quelques problèmes s'y rapportant, l'accord n'étant pas toujours fait à l'heure actuelle. Nous n'entreprendrons donc pas d'en discuter.

- . l'involution progressive de la glande à partir de la puberté ;

- . rapport entre thymus et croissance somatique, le thymus ayant un pouvoir anabolisant et eutrophique

- . rapport entre thymus-gonades et développement sexuel

- . rapport du thymus et de la glande thyroïde (étudié surtout au cours de la maladie de Basedow)

- . rapport entre - thymus et leucoses,

- thymus et maladies infectieuses,

- thymus et myasthénie surtout.

En effet, on note dans de nombreuses statistiques, la

présence fréquente, chez les myasthéniques, de tumeurs du thymus, d'une hyperplasie simple ou de sa persistance à un âge où il aurait dû déjà subir son involution physiologique.

Ainsi Monsieur Lievre signale dans 67 cas de myasthénie:

- . 24 fois la présence d'une tumeur thymique,
- . 32 fois sa persistance.

Le professeur Alajouanine, sur 118 observations, a noté :

- . 48 tumeurs,
- . 27 hyperplasies,
- . 18 fois, la persistance de la glande.

Les travaux d'Hadler en apportèrent une confirmation : apparition d'un syndrome myasthénique par greffes de thymus ou opothérapie thymique.

Le cancer de l'œsophage de notre malade étant une métastase thymique, nous avons recherché la fréquence et le caractère extensif local ou à distance des tumeurs du thymus, bien que dans notre observation, la tumeur primitive n'ait pas été retrouvée à l'autopsie.

Nous ne parlerons bien entendu ici que des tumeurs malignes.

En 1950, WD. SEYBOLD, MAC DONALD, OT. CLAGETT et CA. GOOD étudient les tumeurs du thymus et présentent 45 observations personnelles faites à la "Mayo clinic". Nous résumerons rapidement leurs conclusions :

- symptomatologie clinique peu évocatrice, minime,
- absence totale de métastases sanguines ou lymphatiques,
- la propagation tumorale ne se fait que sur les tissus voisins et en particulier la plèvre,
- association caractéristique de deux types de cellules :
 - . petites cellules thymiques d'aspect identique aux lymphocytes
 - . grandes cellules d'aspect réticulaire, cellules épithéliales à noyau pâle, relativement gros, contenant de petits nucléoles.
- enfin, les corpuscules de Hassal y seraient très rares. Dans leur étude, 11 fois seulement sur 45.

Ils ne citent aucun cas d'atteinte œsophagienne.

En 1952, E.R. FISCHER, D. COBERN, D.B. EFFLER étudient plusieurs cas de tumeurs du thymus. Ils notent la fréquence des envahissements locaux-régionaux par extension successive.

Ils ne citent aucun cas d'atteinte œsophagienne.

En 1954, P. SANTY, P. GABY, R.G. TOURAINE et CORNUDELLA étudient les "tumeurs chirurgicales du thymus". Signalent d'abord la rareté de telles tumeurs - ils n'en n'auraient trouvé que 300 cas parmi toutes les publications faites jusqu'en 1954, - ils présentent 9 observations parmi lesquelles nous trouvons:

- . un thymo-lipome,
 - . 3 thymomes kystiques,
 - . 5 thymomes pleins
- se répartissant en - 1 tumeur du médiastin supérieur,
- 4 tumeurs du médiastin moyen,
 - 1 tumeur du médiastin inférieur,
 - 3 tumeurs de tout le médiastin.

Cliniquement, il faut noter :

- . la fréquence de la dyspnée et des signes de compression médiastinale antérieure,
- . rareté de l'association myasthénie-thymome (3 de leurs cas),
- . fréquence de l'envahissement des organes de voisinage et surtout du péricarde, de la plèvre, de la veine cave supérieure et du tronc veineux innominé,
- . Par contre, l'apparition de métastases à distance serait très rare, exceptionnelle même.

Ces deux derniers points, joints à une encapsulation fréquente, une tendance kystique et une lobulation, caractériseraient pour ces auteurs, les tumeurs du thymus.

A l'histologie, les corpuscules de Hassal, si caractéristiques, seraient rares ; ils ne les ont mis en évidence que trois fois sur neuf observations.

Ils terminent leur travail :

- . en insistant sur la difficulté du diagnostic différentiel entre tumeurs malignes et tumeurs bénignes,
- . en signalant - la lenteur d'évolution de la tumeur,
 - son excérèse chirurgicale souvent facile,
 - l'inefficacité presque totale de la radiothérapie.

Nous n'avons noté aucune propagation postérieure de la tumeur, et en particulier pas d'atteinte œsophagienne.

En 1955, paraît dans "the journal of pédiatrics" (St Louis) un article de H.C. EPSTEIN, W.J. LOEB. Il s'agit d'un cas de tumeur thymique trouvé au niveau du pharynx chez un nourrisson de quatre mois. L'embryologie permet d'expliquer cette possibilité:

origine thymique à partir des troisième et quatrième arcs branchiaux et ses rapports alors intimes avec la thyroïde et le pharynx.

Nous ne pouvons qu'insister sur l'intérêt de ce fait, en rappelant que nous n'avons pas retrouvé, au cours de l'autopsie de notre malade, de tumeur thymique primitive. Existait-il alors un thymus aberrant dans la paroi de l'œsophage ?

En 1958, dix-neuf observations de tumeurs du thymus, sélectionnées sur des bases cliniques et histopathologiques strictes, font le sujet d'un article de Effler et Mac Cormack.

Ils insistent sur le peu de fréquence des métastases à distance alors que l'atteinte de voisinage, en particulier du péricarde, de la plèvre, du sternum mémé, est très fréquente.

Sur leur 19 cas, ils ont trouvé 6 malades présentant une myasthénie grave.

Ensuite, ils donnent les critères de malignité d'une tumeur thymique : - extension directe à travers la capsule vers les tissus adjacents,

- implantation intra-thoracique sur la plèvre,
- rareté des récidives,
- rareté des métastases à distance.

Enfin ils classent les néoplasies thymiques en deux types:

- type lymphomateux,
- type carcinomateux.

Dans la discussion qui suit leur article, il est rapporté deux cas de tumeurs avec métastases - à la trachée, dans un cas,
- aux bronches, dans l'autre.

et un cas avec métastases dans le médiastin postérieur.

Nous n'avons pas relever d'atteinte de l'oesophage.

Toujours en 1958, O'Gara, Horn, Enterline rapportent 51 cas de tumeurs du thymus qui se subdivisent comme suit :

- 11 thymomes encapsulés, - 5 thymomes non encapsulés
- 3 carcinomes, - 4 lésions non néoplasiques
- 10 lymphomes malins, - 10 tératomes
- 8 lésions non classées.

Ils insistent sur la difficulté à différencier les tumeurs thymiques malignes des tumeurs bénignes. Aussi préfèrent-ils faire une classification en - tumeurs capsulées,

- tumeurs non capsulées.

Ils notent la fréquence assez grande des atteintes thymiques dans les atteintes du médiastin. Elles toucheraient le plus souvent l'homme, se caractériseraient par le peu de symptomatologie clinique imputable à la tumeur elle-même, la fréquence de l'envahissement régional et surtout du péricarde, de la plèvre, des hiles pulmonaires. Ils retrouvent une myasthénie associée dans 19 % des cas : le thymome est alors le plus souvent encapsulé et asymptomatique.

Les corpuscules de Hassal sont fréquents mais surtout dans les formes encapsulées. Enfin deux types de cellules, en proportion variable, forment le thymome : - cellules épithéliales,
- lymphocytes.

Là encore, nous n'avons pas retrouvé d'atteinte oesophagienne.

En 1959, R. Sauvage, H. Lebrigand et M. Merlier rapportent dans la presse médicale 12 observations de tumeurs thymiques authentifiées par l'intervention et l'examen anatomo-pathologique.

Sur ces 12 cas, 3 seulement sont malins :

- . l'une avec myasthénie grave,
- . l'autre avec anémie grave,
- . la dernière avec atteinte vertébrale.

Ils rappellent la rareté de ces tumeurs (12 seulement sur 180 tumeurs médiastinales).

L'association myasthénie-tumeur thymique est assez variable :

- . pour Monsieur Alajouanine : 90 % des cas,
- . pour Messieurs Bariéty-Coury et Grimbert : 74 % des cas,
- . pour les Anglo-Saxons : 15 % seulement.

Ils insistent enfin sur la difficulté d'interprétation de la malignité, ils en donnent les critères suivants :

- . caractère envahissant local,
- . tendance à la récurrence,
- . métastases loco-régionales fréquentes
à distance, très rares.

L'atteinte de l'œsophage, une fois encore, n'a pas été citée.

G.D. Andritsakis et C. Sommers ont étudié et rapporté, en 1959, cinquante cas de tumeurs du thymus avec l'appui de l'examen histologique : 9 cas après autopsie, 33 après excérèse et 8 après biopsie.

- Ils ont trouvé : - 21 adénomes,
- 2 lymphomes malins,

- 13 carcinomes,
- 9 hyperplasies.

Ils citent quatre syndromes cliniques importants, accompagnant parfois les tumeurs thymiques :

- l'agammaglobulinémie (1 de leurs cas),
- syndrome de Cushing (1),
- myasthénie grave (7),
- anémie réfractaire (2).

Le reste comprend

- 20 cas avec compression médiastinale antérieure,
- 19 cas asymptomatiques.

Ils signalent la rareté des métastases à distance et l'atteinte par contre fréquente des aires ganglionnaires de voisinage, de la plèvre et du péricarde.

Ils terminent par une classification des tumeurs en :

- néoplasmes épithéliaux (adénomes et carcinomes),
- néoplasmes lymphomateux : 2 cas,
- carcinomes embryonnaires : 1 cas,
- thymolipomes : 1 cas,
- néoplasmes kystiques : 3 cas,
- néoplasmes hyperplasiques : 9 cas,

Pas de localisations oesophagiennes.

"Tumeurs du thymus", tel est l'article écrit par Fontaine, Franck, Warter, et Batzen-Schlager. Ils ont étudié 10 cas tous à développement antérieur et supérieur, aucun postérieur. La compression médiastinale est fréquente mais de type antérieur et supérieur.

La littérature Allemande, sur le sujet qui nous intéresse, est très pauvre. Nous n'avons pas retrouvé d'atteinte métastatique œsophagienne d'origine thymique.

Enfin il ne nous est pas possible, avant de terminer, de passer sous silence le travail considérable de M. Vasseur fait en 1939. Il s'agit d'une thèse vétérinaire étudiant chez l'animal et chez l'homme le "thymus : ses fonctions et ses tumeurs".

Dans cet ouvrage, véritablement exhaustif, l'auteur rapporte 240 cas ou observations prises dans la littérature mondiale. On peut y noter :

- l'atteinte fréquente de la plèvre et des poumons,
- la possibilité de métastases à distance, surtout au niveau du foie, des reins, de la trachée, du sternum. Nous n'avons pas relevé d'atteinte œsophagienne,
- l'association dans les 2/3 des cas, avec une myasthénie,
- l'analogie entre les tumeurs thymiques de l'homme et de l'animal.

Il faut toutefois remarquer que les 1/3 des cas rapportés par M. Vasseur, semble, à lecture, être des lymphosarcomes du médiastin antérieur.

EN CONCLUSION, cette étude nous a permis de faire une rapide synthèse des principaux caractères des tumeurs thymiques, caractères sur lesquels les auteurs semblent d'accord et que nous résumons :

- difficulté de diagnostic et en particulier pour faire la différenciation entre tumeurs bénignes et tumeurs malignes,

- l'envahissement surtout loco-régional de ces cancers avec une prédilection pour la plèvre et les poumons, le péricarde,
- en corollaire, la très grande rareté des métastases,
- l'association plus ou moins fréquente : myasthénie-tumeurs thymiques
- la présence, à l'examen histologique, de deux types cellulaires constants :
 - cellules épithéliales du réticulum,
 - thymocytes (fortement apparentés aux lymphocytes)
- enfin, dans le cadre de notre observation, nous n'avons jamais retrouvé d'atteinte secondaire métastatique vraie de l'oesophage.

HISTOLOGIE

Nous avons vu avec quelle facilité le diagnostic de cancer de l'œsophage a été fait chez notre malade. Mais seul, l'histologie a permis d'en montrer l'origine thymique, avec un minimum de difficulté d'ailleurs quand on voit l'unanimité de la plupart des auteurs à trouver très difficile l'interprétation des cancers thymiques.

Que voyons-nous dans notre cas personnel ?

Les prélèvements portent sur plusieurs segments de l'œsophage, en pleine zone tumorale et en dehors (du moins apparamment) de celle-ci.

Contrairement à ce que l'on pouvait prévoir, la forme histologique de la tumeur permet, au premier chef, d'éliminer tous caractères primitifs malpighien ou même sarcomateux.

En surface, persistent quelques lambeaux plus ou moins disloqués d'un épithélium malpighien, çà et là infiltré de granulocytes.

Le chorion de cette muqueuse, mais surtout la musculuse sont largement envahis par des plages ou des cordons d'éléments néoplasiques que leurs caractères et leurs dispositions parfois trabéculaires permettent de les identifier plus aisément à la cellule épithéliale qu'à la cellule mésenchymateuse. Toutefois on trouve une sorte d'intrication entre de tels éléments et d'autres d'aspect lymphocytoïde.

Les éléments d'apparence épithéliale se disposent le long de fines travées conjonctives dont la vascularisation, représentée essentiellement par des capillaires, est largement développée. Ils prennent souvent une disposition palissadique. Leur structure intime possède un polymorphisme qui défie toute description : cytoplasme tantôt clair, comme vacuolaire, tantôt homogène, fortement oxyphile. Les noyaux, **rarement ovoïdes** ou arrondis, sont le plus souvent irréguliers, monstrueux ; leur chromatine est formé d'un réseau grossièrement dessiné. Ce sont là, vraiment, les caractères cytologiques certains d'une malignité, autant que les critères cytologiques seuls puissent permettre cette affirmation.

Ces éléments tumoraux, dont l'agencement et les rapports avec la trame de support, sont très particuliers, rappelant plus une structure réticulo-épithéliale qu'épithéliale pure.

A eux, viennent s'adjoindre, comme nous l'avons signalé, d'assez nombreux éléments, petits, arrondis à gros noyaux hyperchromatiques et comme condensés, de type assez nettement lymphocytoïde.

Enfin, on trouve çà et là, des formations qui ont fait l'objet de multiples discussions quant à leur nature et leur origine. Et cependant, déjà, sur cette localisation œsophagienne, et mieux encore dans les localisations métastatiques ganglionnaires et hépatiques, on suit aisément, d'une structure à l'autre, toutes les formes de transition entre ces plasmodes et les corpuscules dont les éléments, à disposition concentrique, de forme aplatie, pavimenteux, constituent cette structure bulbiforme si caractéristique des corpuscules de Hassal. Qui plus est, le fort grossissement révèle très nettement leur affinité vis à vis de l'acide périodique-Schiff. Les

corpuscules sont de dimensions variées et leur nombre oscille de 1 à 4 ou 5, suivant les points considérés.

Si les caractères de l'épithélioma Hassalien, selon la classification de Ch. Oberling, comme nous le verrons plus loin, sont ici bien nets, c'est au niveau des métastases ganglionnaires et hépatiques que cette différenciation est vraiment extraordinaire. On retrouve le complexe réticulo-épithelio-lymphoïde mais avec une abondance, une richesse en corpuscules de Hassal qui est nettement supérieure à celle de la localisation œsophagienne.

Nous avons donc pu conclure avec certitude :

- à la malignité de la tumeur étudiée,
- à son origine thymique (en rappelant ici qu'il nous a été impossible de retrouver la tumeur primitive thymique).

Quelques auteurs ont particulièrement étudié le thymus et ses tumeurs du point de vue histologique, entre autres :

- Ch. Oberling,
- Ch. Sors,
- J. Houel et ses collaborateurs.

A) Pour Ch. Oberling dont l'étude a porté sur quatre observations principales, les tumeurs thymiques se caractérisent par la présence de deux éléments distincts :

- d'un côté, les formations épithéliales avec
 - corpuscules de Hassal
 - et réticulum
- de l'autre, de petites cellules semblables à des lymphocytes ou thymocytes.

A partir de cette dualité, il propose une classification

des tumeurs thymiques en :

a) Epitheliomas thymiques.

Ils représenteraient le quart de ces tumeurs, s'observant surtout après 45 ans et dont la découverte est souvent fortuite (radiographies, autopsies, parfois syndrome myasthénique). Elles sont encapsulées et malignes. Leur structure est polymorphe. On y retrouve, associés ou dissociés, les divers éléments de l'épithélium thymique :

- . corpuscules de Hassal,
- . tissus réticulé,
- . quelques thymocytes.

D'où la subdivision en :

- épitheliomas Hassaliens,
- épitheliomas polymorphes avec différenciation hassalienne, réticulaire et thymocytaire,
- épitheliomas réticulaires (dictyocytaire)
- épitheliomas à petites cellules,
- épitheliomas dictyothymocytaires,

ces trois derniers avec ou sans corpuscules de Hassal.

Sans nous étendre plus longuement sur l'aspect histologique décrit dans ce paragraphe, nous dirons seulement que la structure donnée, est identique à celle de notre cas.

b) Epitheliomas pseudo-granulomateux

Une de nos coupes présente une telle structure, avec cellules monstrueuses, pseudo-stenbergoïdes.

Dans cette forme, le diagnostic avec la maladie de Hodgkin est très difficile. Elle serait la transition entre l'épithélioma thymique et le thymome décrit plus loin. Elle est l'apanage de l'adulte jeune. La myasthenie y serait exceptionnelle, le syndrome

de compression médiastinale fréquent, le pronostic mauvais. On peut y retrouver des corpuscules de Hassal.

c) Les thymomes

C'est une forme de l'adulte où l'on rencontre surtout des cellules proches des réticulocytes : les thymocytes, en nombre variable. Il n'y a pas de corpuscules de Hassal. Ils seraient bénins, au début tout au moins, leur évolution étant variable : tantôt régressant, tantôt devenant malins avec possibilités de métastases.

Dans le cadre des tumeurs décrites par Ch. Oberling, il n'en est aucune qui ait envahie l'oesophage et encore moins qui soit à localisation métastatique oesophagienne.

B) Ch. Sors, M. Gabe et J. Roujeau ont fait une étude identique basée sur 21 observations. Ils notent, dès les premières lignes, la dualité cellulaire : thymocytes et cellules du réticulum.

Cliniquement, 20 de ces observations ont fait l'objet d'une exérèse chirurgicale dont - 2 pour myasthénie,
- 2 pour compression médiastinale antérieure

- 16 pour opacités pulmonaires.

Ils divisent les tumeurs thymiques en deux groupes :

a) Tumeurs à potentialité épithéliale, se subdivisant en :

- Tumeurs réticulo-épithéliales, touchant le sujet jeune, s'accompagnant souvent de myasthénie ou de modifications endocriniennes. Cette classe groupe la totalité des tumeurs malignes. Macroscopiquement, il s'agit de tumeurs réduites, encapsulées. Histologiquement, nous y retrouvons une description identique à la

nôtre, avec corpuscules de Hassal. •

- Tumeurs Hassaliennes, pseudo-lymphosarcomateuse, touchant le sujet jeune, sans signes endocriniens. Il s'agirait de tumeurs malignes mais où l'association radio-chirurgie entraînerait une guérison possible.

b) Tumeurs à potentialité conjonctive, apanage de l'adulte, n'entraînant pas de modifications endocriniennes et en règle bénignes. On distingue :

- Tumeurs fibro-hemangiomateuses, caractérisées par la présence de fibroblastes, de quelques thymocytes et d'un aspect tourbillonnant. Peu ou pas de corpuscules de Hassal

- Tumeurs réticulo-conjonctivales : tissu réticulaire et thymocytes y prolifèrent en proportion équilibrée.

C) Enfin, une étude récente faite à Alger par J. HOUEL, Janine MUSSINI-MONTPELLIER, J. ROBERT D'ESHOUGUES et Ph. MORAND reprend et complète les travaux faits sur les tumeurs thymiques, et donne une classification. Nous y retrouvons la dualité cellulaire habituelle :

a) Néoplasie multipliant les éléments majeurs du thymus, (c'est à dire les formations réticulo-épithéliales avec les corpuscules de Hassal, les thymocytes)

- soit les deux éléments également : tumeurs thymocyto-réticulo-épithéliales,

- soit surtout les formations épithéliales (et peu les thymocytes) : ce sont les tumeurs à prédominance réticulo-épithéliales avec leur sous variété des tumeurs Hassaliennes, pseudo-granulomateuses,

- soit surtout les thymocytes : tumeurs à prédominance thymocytaires.

Nous n'en ferons pas la description. Nous indiquerons seulement que :

- la forme thymocyto-réticulo-épithéliale correspond aux formes réticulo-conjonctives de Ch. Sors et à certaines formes d'épithéliomas thymiques de Ch. Oberling (formes dictyothymocytaires)

- la forme réticulo-épithéliale correspond aux formes réticulo-épithéliales de Sors et la plupart des épithéliomas thymiques de Ch. Oberling. C'est ici que se situe notre observation ; en effet, dans les trois cas, nous y retrouvons :

- . un aspect cellulaire assez dense avec
- . de nombreux thymocytes apparentés aux lymphocytes,
- . mais surtout de nombreuses cellules réticulaires, volumineuses, claires, à noyaux pauvres en chromatine. Les corpuscules de Hassal y sont présents, plus ou moins nombreux.

b) Néoplasies multipliant les éléments mineurs du thymus, (dest à dire le tissu conjonctivo-adipeux, involutif et les reliquats embryonnaires, inconstant :

- soit le tissu conjonctivo-adipeux : tumeurs involutives ; soit les reliquats embryonnaires : tumeurs dysembryoplasiques.

Nous terminerons ce bref rappel histologique en répétant:

- combien le diagnostic étiologique c'est à dire l'origine thymique de notre tumeur œsophagienne fût relativement facile. Nous y avons été aidé par la différenciation extraordinaire et l'aspect tout à fait caractéristique, somptueux même des corpuscules de Hassal. Nous en avons d'ailleurs été étonnés, sachant que, de l'avis de tous, leur aspect est toujours beaucoup moins net.

- que la malignité de cette tumeur est certaine,
 - . retrouvée histologiquement,
 - . confirmée par la présence de foyers métastatiques ganglionnaires et hépatiques,
 - . étayée par l'aspect et l'évolution cliniques.

L'impression que l'on retire de ces différentes métastases œsophagiennes, ganglionnaires et hépatiques d'une tumeur thymique qui n'a pas été retrouvée, malgré une autopsie normalement conduite, est la reproduction sur le mode tumoral, d'un thymus foetal, avec son potentiel réticulaire et corpusculaire, dont la "flexion" maligne exagère, tout en conservant les grandes lignes, la structure organoïde embryonnaire.

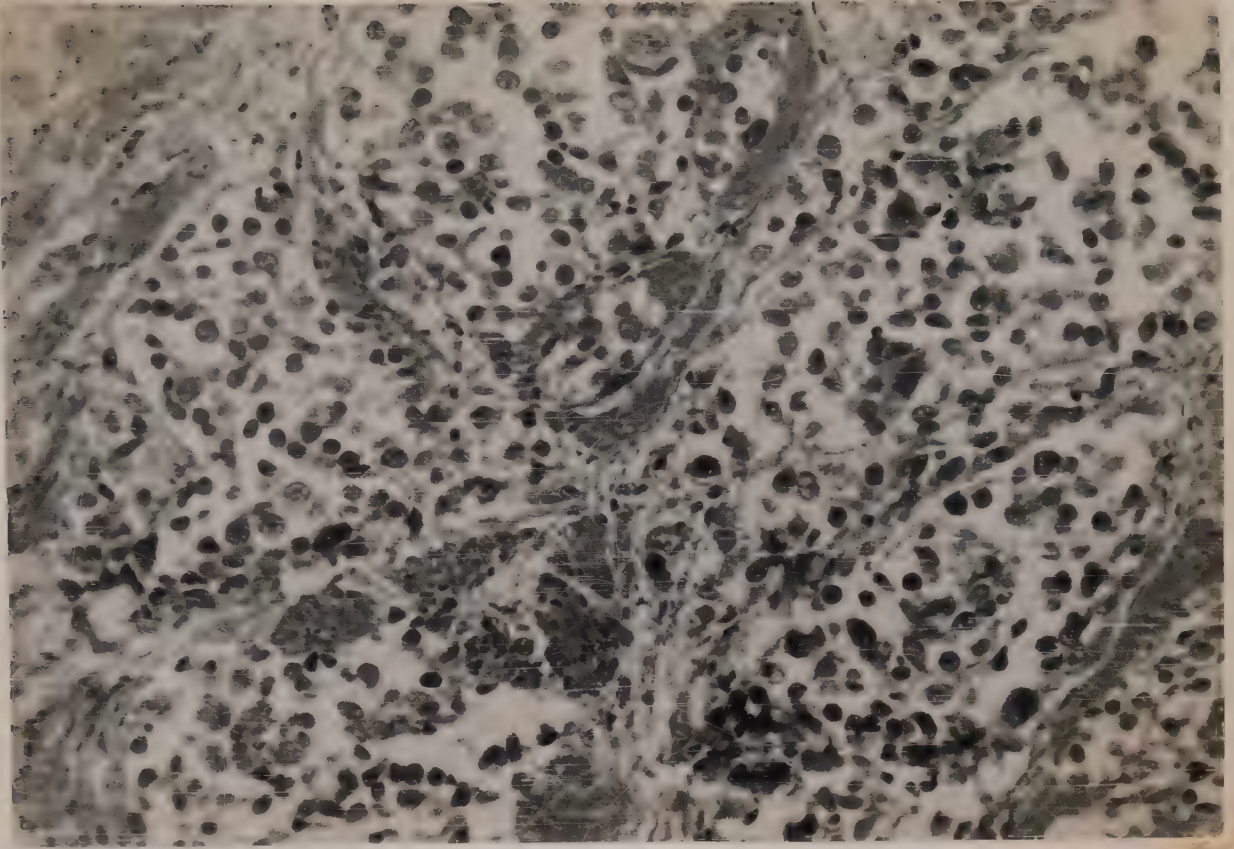


Fig 3.-Tumeur oesophagienne.Structure reticulo-epitheliale.

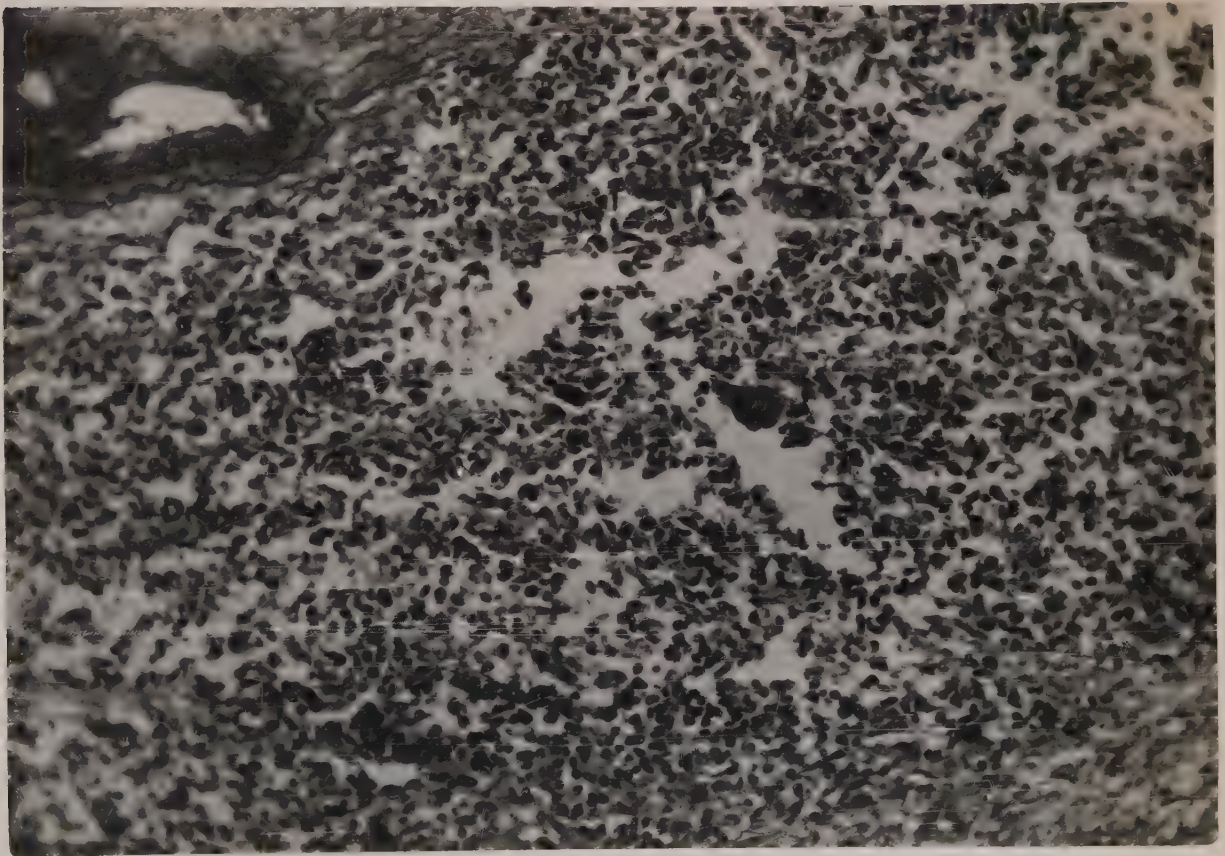


Fig 4.-Metastase hepatique.Meme structure tumorale.

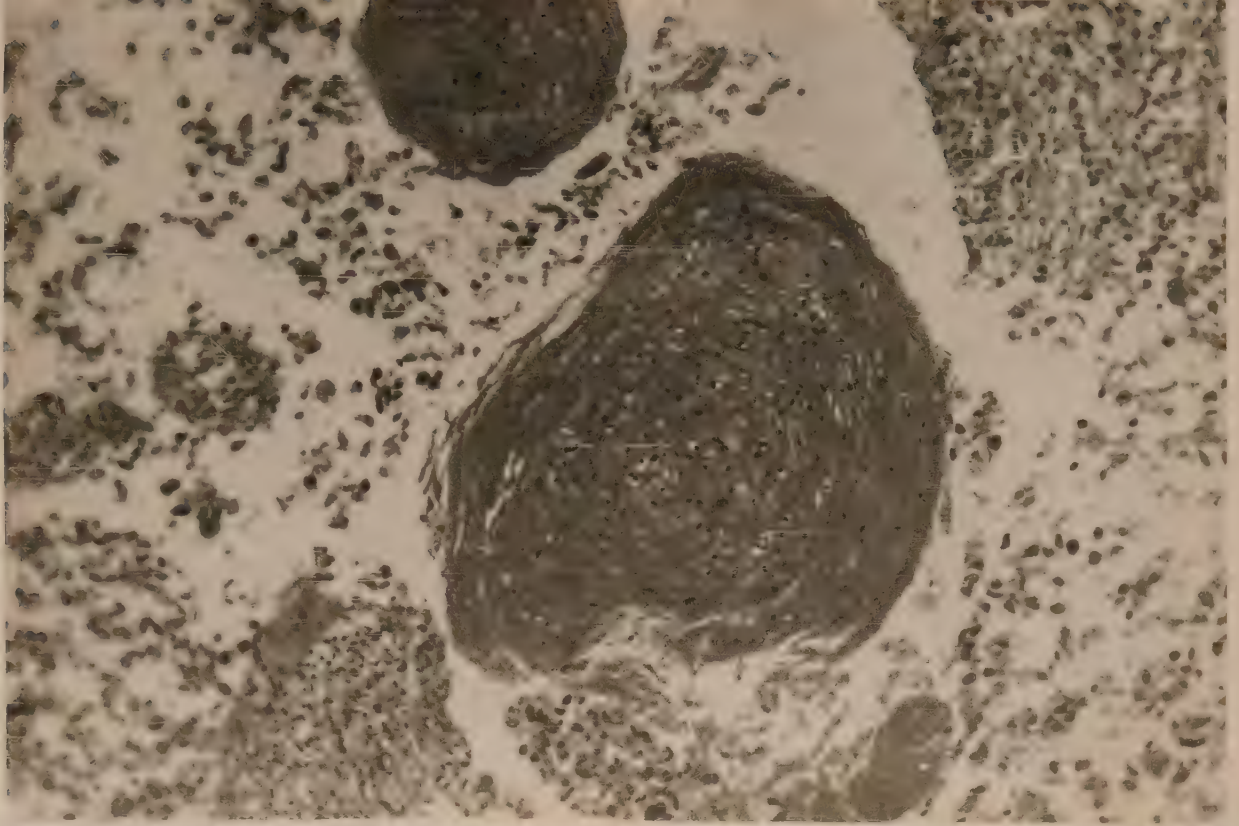


Fig 5.-Enorme corpuscule de Hassal. Metastase ganglionnaire.

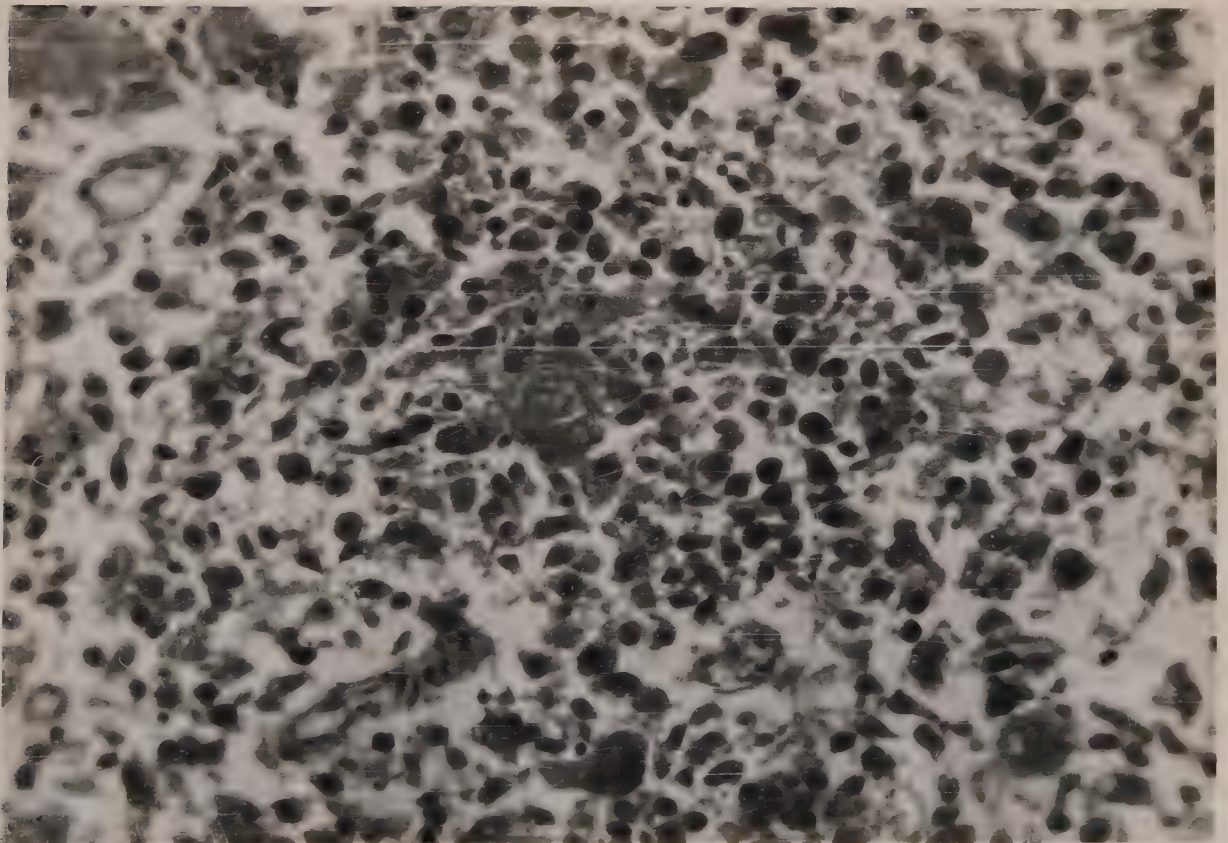


Fig 6.-Metastase ganglionnaire. Production hassalienne identifiable



Fig 7.-Metastase hépatique. Structure pseudo-granulomateuse.

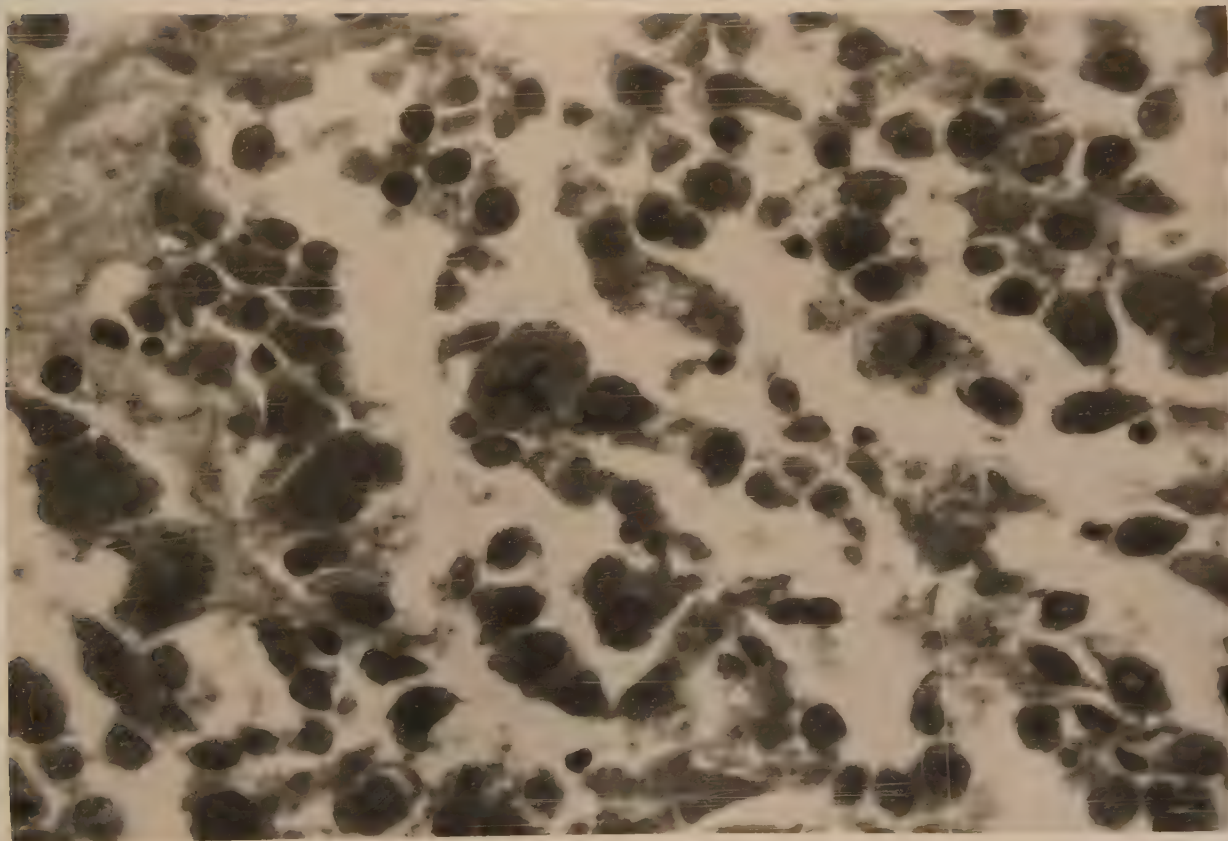


Fig 8.-Metastase hépatique. Notez les cinésés dont 1 à 3 poles.

CONCLUSION

1/ Nous sommes en présence d'un cancer de l'œsophage chez une femme,

- dont l'évolution fût très rapide : un an à peine après l'apparition des premiers troubles connus,

- dont la symptomatologie clinique a été celle de tous cancers œsophagiens, se résumant à la dysphagie.

2/ La particularité de ce cancer de l'œsophage est qu'il est d'origine thymique. Un tel cas n'a jamais été décrit, à notre connaissance, dans la littérature mondiale.

Deux points sont à signaler :

- l'absence de la tumeur thymique primitive (malgré une autopsie complète),

- l'absence de syndrome myasthénique, assez fréquent cependant au cours de telles atteintes.

3/ Ces deux faits : la présence d'un tissu tumoral thymique au niveau de l'œsophage et l'absence de tumeur primitive thymique, peuvent permettre d'évoquer comme point de départ :

- soit un thymus aberrant, très postérieur, au contact de la paroi œsophagienne qui aurait été envahi par contiguité, mais trop petit pour avoir été retrouvé,

- soit la présence d'un thymus inclus dans la paroi de l'œsophage, hypothèse intéressante et vraisemblable, mais que nous n'avons pas pu, malheureusement affirmer.

4/ Soulignons l'aspect histologique, spécial de ce cancer : la richesse des lésions et en particulier la présence de corpuscules de Hassal caractéristiques ; l'aspect rappelle beaucoup plus la structure d'un thymus embryonnaire que celui d'une femme de 70 ans.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.- ANDRITSAKIS G.D. et C. SOMMERS
The criteria of thymic cancers
Jour. of thoracic Surgerey, - St Louis, 1959 -
37-3 - 273-290
- 2.- BERGMANN et CHARNAS
Tracheo bronchial rest in the oesophagus.
Jour. of thoracic Surg. - St Louis, 1958 - 35 - 1 -
97-104
- 3.- BRANNAN D.
Malignant tumors of the thymic region, with
extensive metastasis
Arch. path. and lab. med., 1926 - 1 - 569
- 4.- CHALNOT et GROSDIDIER J.
Les tumeurs bénignes de l'oesophage
Revue du praticien, 1960 - 10 - 10 - 1046-1055
- 5.- CHENE, P.-P. MARKOVITS, B. DEBAUD
Cancers métastatiques de l'oesophage
Gazette médicale de France, 1962 - 69 - 3 - 371-
389
- 6.- DEBAUD B.
Contribution à l'étude radiologique des métastases
oesophagiens chez la femme à propos de huit
nouvelles observations
Thèse, Paris 1961
- 7.- EFFLER - MAC CORMACK
Thymic neoplasms
The jour. of thor. surg., St Louis, 1958 - 31 -
1 - 60-82
- 8.- EPSTEIN H.C. - W.J. LOEB
Thymic tumors of the pharynx
The jour. of Pediatrics, St Louis, 1955 - 47 -
1 - 105-108

- 9.- FONTAINE, FRANCK, WARTER, BATZEN. SCHLAGER
Tumeurs du thymus
- 10.- FISCHER-COBURN-EFFLER
Thymic neoplasms
The jour. of Thor. Surg.- St Louis, 1952 - 24 -
58-59
- 11.- GROSBY E.H.
Malignant tumors of the thymus gland
Ann. J. Cancer, 1932 - 26 - 461
- 12.- HILLMAND P. - CHERIGIE. Ed.
Le cancer de l'oesophage : étude clinique ; dia-
gnostic radiologique.
Les cah. du coll. de méd. des H. de P., 1960 -
1 - 11 - 819-826
- 13.- MAILLARD J.N.
Les cancers de l'oesophage
La rev. du prat., 1960 - 10 - 10 - 1033-1043
- 14.- HOUEL J., MUSSINI-MONTPELLIER J., ROBERT J.,
MORAND Ph.
A propos de 6 cas de tumeurs primitives du thymus
Ann. de Chir.- Sem. des Hôp., 1962 - 16 - 3.4 -
191-205
- 15.- OBERLING CH.
Tumeurs du thymus
Bull. de l'ass. Fran. pour l'étude du cancer
1953 - 44 - 40 - 139-169
- 16.- O'GARA, HORN, ENTERLINE
Tumors of the anterior mediastin
Cancer Philadelphia, 1958 - II - 3 - 562-590
- 17.- PROSKE E.
Untersuchungen Über oesophagus metastasen
Strahlentherapie - Gh. 227-228, 1930 - III - 595
- 18.- PRYM
Zur frage der extragenitalen chorisepithelium beim
manne
Zll. Allg. Path. Anat. 49-98, 1930

- 19.- SANTY P., GABY P., TOURAINE, CORNUDELLA
Tumeurs chirurgicales du thymus
S. des Hôpitaux, 1954 - 30 - 30 - 1220-1232
- 20.- SAUVAGE R., LE BRIGAND H., MERLIER M., MOREAUX J.
Tumeurs thymiques
P.M. 1959 - 67 - 15 - 590-593
- 21.- SCHLUMBERGER J.
Le cancer de l'oesophage chez la femme
Thèse - Paris 1954 (2-35-80)
- 22.- SEYBOLD W.D., MAC DONALD, CLAGETT, GOOD Ca.
Tumors of the thymus
The Jour. of Thor. Surg.- St Louis
1950 - 20 - 195-215
- 23.- SORS Ch., GABE M., ROUJEAU J.
Les tumeurs du thymus, Etude histologique et
histo-chimique. Essai de classification anatomo-
clinique.
P.M. 1958 - 66 - 14 - 297-300
- 24.- VASSEUR M.
Le thymus, ses fonctions et ses tumeurs
Thèse vétérinaire, Maison-Alfort, 1939 Paris

Vu, le Président de thèse

Professeur Ch. DEBRAY

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH

